



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

Patología Anorectal Benigna En El Servicio De Cirugía General Del Hospital Santa Rosa

De Piura 2018

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Mendoza Olaya, Cristina Isabel (ORCID: 0000-0001-9103-7789)

ASESOR:

Dr Pereyra Abastos, Eduardo (ORCID:0000-0002-7156-5880)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades No Trasmisibles

PIURA – PERÚ

2019

## **DEDICATORIA**

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, A mi madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, a mis hermanos quienes han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional. A mi padre quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mi esposo que gracias a su perseverancia y apoyo he podido llegar a esta etapa que ha resultado muy difícil pero no imposible. A mi tutor, gracias por su tiempo, por su apoyo, así como por la sabiduría que me ha transmitido en el desarrollo de mi formación profesional.

## **AGRADECIMIENTO**


En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, porque siempre han estado cuando los he necesitado, en los buenos y en los malos momentos. El logro también es de ellos.

Un sincero agradecimiento a mi asesor, por haber confiado en mí y haberme animado a emprender la elaboración de esta tesis. A veces, en los proyectos interfieren factores que los dilatan en el tiempo y sin su apoyo incondicional y sus consejos este trabajo no habría podido hacerse realidad.

Por último, gracias a todas las personas que me han animado en este largo camino, soportando y comprendiendo con estoica paciencia la dedicación que requiere la realización de una tesis.

Muchas gracias a todos.

## PÁGINA DEL JURADO

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 07 Fecha : 31-03-2017 Página : 1 de 4
--	---------------------------------------	---

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don (ña) **MENDOZA OLAYA CRISTINA ISABEL** cuyo título es:

**PATOLOGIA ANORECTAL BENIGNA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, 2018**

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: 14....(número)  
Catorce.....(letras).

Piura...20.....de...08... del 2019..

.....  
PRESIDENTE  
Dr. EDGAR BAZAN PALOMINO

.....  
SECRETARIO  
Dr. ROXY JUAN POLO BARDALES

.....  
VOCAL  
Dr. MICHAEL VITE CASTILLO

## DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, **MENDOZA OLAYA CRISTINA ISABEL** con DNI N° 73092593 declaro que la tesis de grado titulada: **PATOLOGIA ANORECTAL BENIGNA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA 2018**, ha sido desarrollada en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico de la propuesta en mención.

Piura, 15 de julio del 2019.



**MENDOZA OLAYA CRISTINA ISABEL**

DNI 73092593

## ÍNDICE

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Declaratoria de Autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Índice de tablas.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
1.1. Realidad Problemática .....	1
1.1 Trabajos Previos.....	2
1.2 Marco Teórico.....	3
3.1 Formulación del Problema .....	7
4.1 Justificación del Estudio .....	8
5.1 Hipótesis.....	8
6.1 Objetivos .....	8
7.1.1. Objetivo General.....	8
7.1.2. Objetivos Específicos .....	8
<b>II. MÉTODO .....</b>	<b>9</b>
2.1 Diseño de Investigación .....	9
2.2 Variables, Operacionalización .....	9
2.3 Población y Muestra.....	10
A) Población.....	10
B) Muestra .....	10
2.4 Técnica, Instrumento de Recolección De Datos, Validez Y Confiabilidad .....	10

2.5	Métodos de Análisis de datos.....	10
2.6	Aspectos Éticos .....	10
<b>III.</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
<b>IV.</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>16</b>
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>17</b>
<b>VI.</b>	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>18</b>
	<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>19</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>22</b>
	Anexo 1:	
	Encuesta.....	22
	Anexo 2:	
	Acta de Aprobación de Originalidad.....	23
	Anexo 3:	
	Pantallazo de Software Turnitin.....	24
	Anexo 4:	
	Autorización de Publicación de Tesis.....	25
	Anexo 5:	
	Autorización de la Versión Final de la Tesis.....	26

## ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Edad de los Pacientes de Cirugía General.....	11
Tabla 2. Sexo de los Pacientes de Cirugía General.....	12
Tabla 3. Lugar de Procedencia de los Pacientes de Cirugía General.....	13
Tabla 4. Manifestaciones Clínicas de los Pacientes de Cirugía General.....	14
Tabla 5. Etiología de los Pacientes de Cirugía General.....	15



## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la patología anorrectal benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura 2018.

**Metodología:** Se realizó una investigación observacional, de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal. Con una población conformada por la totalidad de pacientes con diagnóstico patología anorrectal benigna en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura durante el periodo comprendido entre enero y setiembre del 2018. De un total de 84 pacientes, se excluyeron 3 por falta de datos en la historia clínica, por lo que, la muestra final estuvo constituida por 81 pacientes.

**Resultados:** Se observa que los pacientes con patología anorrectal atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura del 2018, tienen edad promedio  $34.43 \pm 19.56$  años, con edad mínima y máxima de 9 y 97 años respectivamente. Existe el leve predominio del sexo masculino con 55.6% de la muestra estudiada, así como, el poblador de procedencia rural representa el 56.8%. Dentro de las manifestaciones clínicas, se observa que el dolor tiene la mayor frecuencia de presentación 87%, seguido de sangrado 77, prurito 45%, secreción 38% y tumoración glútea solo en 12%. Entre la variedad de etiologías benignas, la hemorroide representa el 46.9%, 21% fisura anal, 19.8 fistula perianal y 12.3% absceso glúteo.

**Conclusiones:** Se concluye que las principales características sociodemográficas son: edad promedio  $34.43 \pm 19.56$  años, sexo masculino y procedencia rural. El dolor y sangrado son las principales manifestaciones clínicas. La hemorroide y fisura anal son las principales etiologías en pacientes con patología anorrectal benigna.

**Palabras claves:** Patología, anorrectal, benigna, hemorroides, fisura, fistula , absceso.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe benign anorectal pathology in the general surgery service of the Hospital Santa Rosa de Piura 2018.

**Methodology:** An observational, descriptive, retrospective and transversal research was carried out. With a population comprised of all patients with benign anorectal pathology diagnosis in the general surgery service of the Santa Rosa de Piura Hospital during the period between January and September 2018. Out of a total of 84 patients, 3 were excluded due to lack of data in the clinical history, so that the final sample consisted of 81 patients.

**Results:** It is observed that patients with anorectal pathology attended in the general surgery service of the Santa Rosa de Piura Hospital in 2018, have an average age of  $34.43 \pm 19.56$  years, with a minimum and maximum age of 9 and 97 years respectively. There is a slight predominance of males with 55.6% of the sample studied, as well as, the resident of rural origin represents 56.8%. Within the clinical manifestations, it is observed that the pain has the highest frequency of presentation 87%, followed by bleeding 77, pruritus 45%, secretion 38% and gluteal tumor only in 12%. Among the variety of benign etiologies, the hemorrhoid represents 46.9%, 21% anal fissure, 19.8 perianal fistula and 12.3% gluteal abscess.

**Conclusions:** It is concluded that the main sociodemographic characteristics are: average age  $34.43 \pm 19.56$  years, male sex and rural origin. Pain and bleeding are the main clinical manifestations. Hemorrhoids and anal fissures are the main etiologies in patients with benign anorectal disease.

**Keywords:** Benign, anorectic, pathology, hemorrhoids, fissure, fistula, abscess.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1.REALIDAD PROBLEMÁTICA**

La presentación de la patología anorrectal benigna está altamente prevalente en nuestra población general (1). El dolor anal severo es común en las hemorroides trombosadas, en el absceso anal o en la fisura anal, y generalmente este último empeora después de la defecación (2). El manejo del absceso anal incluye drenaje quirúrgico de emergencia. Debe sospecharse la fístula anal en pacientes con secreción perianal persistente después de un absceso.

La disminución de la ingesta de fibra en la dieta durante el siglo XX y el XXI ha contribuido a un aumento constante de los desórdenes anorrectales prevenibles. Se estima que el 20% del público estadounidense tiene tales condiciones (3). Aunque las hemorroides representan el trastorno anorrectal benigno más común, el dolor anal con mayor frecuencia es secundario a una fisura anal aguda o crónica y no a una enfermedad hemorroidal (4).

Los pacientes suelen acudir al servicio de urgencias con síntomas anorrectales. La mayor parte de estos síntomas son benignos y se pueden manejar de manera conservadora; pero hay algunas emergencias anorrectales que se deben tener en cuenta para prevenir complicaciones y en la historia clínica debe consignar aquello especialmente importante para poder reconocer los trastornos críticos y determinar los planes de tratamiento específicos. Es importante un diagnóstico diferencial de la enfermedad anorrectal y distinguir los procesos benignos de los graves (5).

Los estudios realizados en el Perú no son muy estudiados, por lo tanto, ante esta problemática es necesario conocer e investigar, y contribuir a la ciencia y la medicina, con los resultados que se puedan encontrar en esta enfermedad.

## 1.1 TRABAJOS PREVIOS

Ferrer M, et al. 2018. “Análisis y descripción de la calidad de vida específica en pacientes con fístula anal”.

Este estudio observacional transversal se realizó en marzo del 2015 y febrero del 2017 en pacientes diagnosticados de fístula anal. Mediante el Quality of Life in patients with Anal Fistula Questionnaire y calidad de vida en pacientes con fístula anal.

Resultados: de 80 pacientes, la mediana fue de 34.00 (rango = 14-68), se presentó diferencias estadísticamente significativas entre fístula primaria y fístula recurrente (rango medio = 42,96 vs. rango medio = 29,83;  $p = 0,048$ ), mostrando una relación inversamente proporcional ( $p = 0,016$ ) entre el tiempo con síntomas clínicos y la afectación de la calidad de vida (< 6 meses: rango medio = 45,55; 6-12 meses: rango medio = 44,39; 1-2 años: rango medio = 37,83; 2-5 años: rango medio = 22; > 5 años: rango medio = 19,00). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,149$ ) entre la calidad de vida y las fístulas complejas (rango medio = 36,13) o simples (rango medio = 43,59) (6).

Romero M. 2016. “Frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el Departamento de Coloproctología en el Centro Médico UCE”. En este estudio la frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el departamento de Coloproctología del Centro Médico UCE, Santo Domingo,

El estudio incluyó pacientes con patologías anorrectales benignas, durante el periodo febrero 2015 – febrero del 2016, formado por 46 pacientes. El instrumento fue redactado según los criterios formulados para valorar las variables, los pacientes se diagnosticó por clínica y examen físico, el sexo más afectado fue el femenino con 25 casos para un 54%. Al examen físico no fue tan relevante. (7).

Hernández F, et al. 2014. “Caracterización epidemiológica de la enfermedad hemorroidal aguda en hospitales seleccionados en Cuba (noviembre de 2011 a enero 2012)”. Se realizó un estudio observacional, con 510 pacientes de diagnóstico de enfermedad hemorroidal aguda, con edades comprendidas entre 18 y 75 años, donde se identificó los factores que predisponen al desarrollo de la enfermedad; modos y estilos de vida y practicas alimentarias.

Los resultados: el 75 % de las hemorroides externas y los signos y síntomas más frecuentes fueron el dolor anal, la sensación de masa, el edema y sangrado rectal, el 50% de la población no presento un estilo de vida saludable tiene un alto consumo de bebidas alcohólicas, dieta condimentada, y pasan mucho tiempo sentados. En un menor porcentaje de pacientes hay poco consumo de alimentos ricos en fibra y agua. (8).

Martínez D, et al. 2013. “Estudio para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria”. Pacientes con el diagnóstico de enfermedad anal benigna entre el 1 de junio y el 31 de diciembre de 2007 con índices kappa.

Resultados: 105 pacientes, 65 fueron hemorroides, 13 fisuras, 8 fístulas, 7 abscesos, 4 quistes pilonidales y 8 otros diagnósticos, de los cuales 61 pacientes se realizó exploración física y a 19, tacto rectal, se diagnosticaron 44 hemorroides, 20 fisuras, 16 fístulas, 9 quistes pilonidales y 16 otros diagnósticos. Para la enfermedad hemorroidal, la sensibilidad fue del 90,9%, la especificidad del 59% y la índice kappa, 0,5. Para fístula, el 43,8%, el 98,9% y 0,5 y para fisura, el 15%, el 88,2% y 0,04. (9).

## 1.2 MARCO TEÓRICO

Las afecciones anorrectales benignas son síntomas altamente prevalentes en la población general (1). El retraso o el tratamiento inadecuado pueden conducir a esta enfermedad lleve a la cronicidad y una la calidad de vida mala, en pacientes con dolor anal debido a la fisura anal, comúnmente diagnosticados como hemorroides (3).

Las consultas por síntomas anorrectales se deben a la presencia de dolor anorrectal, sangrado rectal, secreción, picazón o una protuberancia o bulto en el área perianal, pero especialmente la combinación de algunos de estos síntomas (10). La historia clínica es importante para el manejo de estos trastornos clínicos para iniciar medidas generales para el control de los síntomas e identificar a los pacientes que requieren una investigación especial a través de una vía clínica específica relacionada con el cáncer colorrectal.

Las hemorroides son los trastornos anorrectales más comunes que se presentan en la consulta de atención primaria. Debido a que no todas las hemorroides causan síntomas, determinar la prevalencia exacta ha resultado difícil. En los Estados Unidos, una encuesta

nacional mostró que el 4,4% de las personas se quejaban de hemorroides (11). Otro estudio informó hallazgo de hemorroides en el 39% de las personas que se presentaron a una colonoscopia de rutina, con poco menos de la mitad de ellas que informaron síntomas relacionados (12). El aumento de la presión intraabdominal, como se ve en el estreñimiento crónico, causa la congestión de los plexos vasculares que rodean el canal anal, lo que resulta en el desarrollo de hemorroides (13). Cuando esto ocurre por encima de la línea dentada, el plexo hemorroidal superior crea hemorroides internas indoloras. A la inversa, el plexo hemorroidal inferior da lugar a hemorroides externas que son dolorosas debido a su inervación somática (3). Las hemorroides internas y externas son 2 entidades muy distintas cuando se trata del diagnóstico, la clasificación y el manejo agudo. Las hemorroides internas se clasifican según el siguiente sistema de clasificación.

#### GRADO DE HEMORROIDES INTERNAS

- 1 Sobresalen a la luz del canal anal.
- 2 Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal y reducen espontáneamente.
- 3 Sobresalen durante la defecación por fuera del canal anal, y requieren de maniobras manuales para la reducción.
- 4 Permanecen prolapsadas por fuera del canal anal e irreductibles.

Las hemorroides externas se clasifican como trombosadas y no trombosadas. Las quejas típicas de la presentación de hemorroides no trombosadas incluyen picazón y sangrado. Las hemorroides trombosadas, los síntomas incluyen sangrado, dolor y estreñimiento (14). Las hemorroides se diagnostican fácilmente en un examen rectal externo. Las hemorroides externas también aparecen de color rosa, pero pueden volverse de color púrpura azulado cuando se someten a trombosis y son muy sensibles (15).

El examen físico debe garantizar que no haya un diagnóstico comórbido, como una fisura anal (16). El examen físico cuidadoso, incluido un examen rectal digital y una anoscopia, puede diagnosticar hemorroides internas. Son típicamente púrpura-azul en apariencia. Al igual que las hemorroides externas, las hemorroides internas prolapsadas se pueden diagnosticar mediante un examen externo del ano. Las hemorroides internas prolapsadas aparecen típicamente como protuberancias rosadas brillantes. Una hemorroide interna prolapsada puede ser sensible a la palpación (15).

El manejo de las hemorroides depende de su ubicación, grado y si se ha producido trombosis. En general, la educación y las intervenciones deben dirigirse a terapias que eviten la exacerbación de las hemorroides junto con el manejo sintomático. Las terapias en este caso deben centrarse en crear movimientos intestinales suaves mediante el uso de suplementos de fibra u otros agentes formadores de masa. Se descubrió que la terapia con fibra sola reduce los síntomas generales en un 53% (17).

Para los grados 1 a 3, de las hemorroides internas, la ligadura con banda elástica, la escleroterapia y la coagulación infrarroja se pueden usar en la consulta de atención primaria. En un metaanálisis mostraron que los pacientes tratados con ligadura con banda de goma tenían más probabilidades de tener una resolución de las hemorroides en el seguimiento de 1 año, aunque los pacientes experimentaron más dolor postoperatorio (18,19). La escleroterapia usa agentes cáusticos inyectados en la base de hemorroides de grados 1 a 3 y es eficaz en el 75% al 89% de los casos (19). El tratamiento quirúrgico, como la hemorroidectomía por escisión y la hemorroidopexia con grapas, debe reservarse para las hemorroides persistentes de grado 3 y las hemorroides internas de grado 4 porque, aunque son efectivas, hay un aumento de los efectos secundarios asociados con el manejo quirúrgico, especialmente el dolor postoperatorio (20).

Las hemorroides externas se pueden manejar con preparaciones tópicas, la mayoría de las cuales están disponibles sin receta. Los baños de asiento pueden ayudar con el edema. Los corticosteroides tópicos pueden ser eficaces para disminuir la irritación asociada con las hemorroides, pero no deben usarse durante más de una semana debido al riesgo de atrofia de la piel. Las hemorroides externas trombosadas que se presentan dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas pueden evacuarse en sala de operaciones (20).

Se ha estimado que la fisura anal tiene una incidencia anual del 0,11%, que afecta aproximadamente 1 persona en 1000 por año, con mayor frecuencia en mujeres de 12 a 24 años y hombres de 55 a 64 años (21). Los factores de riesgo incluían el estreñimiento crónico, la obesidad, el hipotiroidismo y los tumores sólidos (21). Se cree que las fisuras anales son causadas por el trauma local inducido por las heces induradas. El espasmo anal también puede causar isquemia en el tejido rectal sensible, lo que exagera la condición

(22). Se cree que el flujo de sangre al sitio más común de fisuras anales es aproximadamente la mitad del flujo a otras áreas del canal anal, lo que crea un área de mala curación (13).

Los pacientes a menudo se quejan de dolor rectal severo, especialmente con los movimientos intestinales, descritos como agudos, "como pasar fragmentos de vidrio". También es posible la presencia de sangre, pero es menos común como primer síntoma de presentación. El examen externo puede confirmar el diagnóstico. Un pequeño desgarró en la piel del ano está presente, con mayor frecuencia en la línea media posterior y comienza en la línea dentada y termina en el borde anal (21). Las fisuras se clasifican en agudas y crónicas según la duración de los síntomas, lo que significa que los síntomas son agudos. han estado presentes durante menos de 2 a 3 meses y se definió como crónica durante más de 3 meses (23).

El tratamiento está dirigido a reducir el espasmo anal. Los estudios han comparado la eficacia de la espera vigilante, las terapias tópicas (nifedipina, diltiazem y nitroglicerina), la esfinterotomía interna y la inyección de toxina botulínica. Una gran revisión Cochrane, que comparó la eficacia de 17 terapias diferentes, estableció que la nitroglicerina tópica es mejor que el placebo para las fisuras anales y es equivalente a la inyección de toxina botulínica y bloqueadores tópicos del canal de calcio. Sin embargo, la nitroglicerina tiende a causar más efectos secundarios, específicamente cefalea.(24).

Los abscesos anorrectales y las fístulas son trastornos que pertenecen al espectro de una misma enfermedad. El absceso perianal es la manifestación inicial de una infección que luego puede ser seguida por un proceso supurativo, más crónico, que conduce a la fístula perianal. La conversión del absceso a fístula ocurre en aproximadamente el 40% al 50% de los casos (25). La prevalencia de estos trastornos es difícil de calcular, ya que muchos pacientes con síntomas anorrectales no suelen acudir a atención médica; sin embargo, se estima que la incidencia de abscesos anorrectales es de 100,000 casos cada año en los Estados Unidos. La edad media de presentación es de 40 años, con predominio masculino de 2:1 (26).



Se cree que los abscesos anorrectales se originan en una glándula anorrectal infectada. Luego, la infección puede rastrear a través de los tejidos perianales para formar una fístula perianal, que es una conexión entre la glándula anal cripta infectada y el perineo. proctitis, cuerpo extraño, cirugía anal previa, infecciones (como VIH, tuberculosis o actinomicosis) y malignidad.

Los pacientes que se presentan con un absceso anal suelen tener un área de dolor persistente e hinchazón que se puede visualizar y palpar. Las fístulas perianales a menudo se presentan como drenaje de sangre, pus o heces de una abertura externa en la región perianal. Las fístulas son intermitentemente dolorosas, un hallazgo que puede ayudar a distinguirlas de los abscesos, que evocan un dolor pulsátil constante. Los pacientes con fístulas pueden experimentar picazón perianal (27).

El tratamiento de un absceso anorrectal requiere incisión y drenaje para prevenir la propagación, la recurrencia y, con suerte, la posterior fistulización. La Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto declara que los antibióticos no se requieren habitualmente en el tratamiento de un absceso anorrectal, excepto en casos de inmunosupresión, diabetes, celulitis extensa o dispositivos protésicos (28).

El tratamiento para una fístula perianal está determinado por la anatomía de la fístula. Hay 4 tipos de fístulas: interesfintérica, transesfintérica, suprasfintérica y extrafintérica. El enfoque de diagnóstico para examinar a un paciente con una fístula es mediante imágenes de resonancia magnética (IRM) o ultrasonido endoscópico antes de que él o ella se someta a un examen por un cirujano bajo anestesia. El tratamiento quirúrgico está guiado por el tipo de fístula, con el objetivo de la curación primaria (29).

### 3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la presentación de la presentación de patología anorrectal benigna en el servicio de cirugía del Hospital Santa Rosa Piura 2018?

#### 4.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Las condiciones anorrectales benignas producen dolor anal, sangrado rectal o secreción de la región perianal, que son síntomas altamente prevalentes en la población general. Los trastornos clínicos más frecuentes son la enfermedad hemorroidal, la fisura anal, el absceso perianal, los síndromes de proctalgia y el prurito anal. Los médicos independientemente de su especialidad, pueden tratar la mayoría de estos trastornos y remitirlos a un especialista en proctología solo cuando sea necesario.

Por tal razón el presente trabajo es importante ya que es una patología que está en incremento y no son muy estudiadas en nuestra región ya que solo existen pocos estudios que describen a esta patología en nuestro medio.

Al realizar este estudio conoceremos las características clínicas, sociodemográficas de cada uno de los pacientes que presentaron esta patología en el Hospital Santa Rosa de Piura, en estos pacientes.

#### 5.1 HIPÓTESIS

No corresponde por ser un estudio descriptivo

#### 6.1 OBJETIVOS

##### 7.1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cómo es la patología anorrectal benigna en el Servicio de Cirugía General del Hospital Santa Rosa de Piura 2018.

##### 7.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar las características de edad, sexo, y lugar de procedencia de los pacientes con patología anorrectal benigna.

Estimar las principales características clínicas en los pacientes con patología anorrectal benigna.

Estimar la etiología de patología anorrectal benigna.

## II. MÉTODO

### 2.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

### 2.2 VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
Edad	Grupo etareo	<20 20-<40 40<60 >60	Razón
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Nominal
Lugar de procedencia	Urbano Rural	SI/NO	
Manifestación clínica	Síntomas	Proctalgia Prurito Proctorragia Secreción fétida Tumoración glútea Tumoración anal	
Etiología	Diagnóstico de egreso	Hemorroides Fistula perianal Fisura anal Absceso glúteo	

## 2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

### A) POBLACIÓN

Estuvo con pacientes con el diagnóstico de patología anorrectal benigna que fueron atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura durante los meses de enero y setiembre del 2018.

### B) MUESTRA

La muestra es probabilística por conveniencia con un total de 84 pacientes.

## 2.4 TÉCNICA, INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se construyó una hoja de recolección de datos de acuerdo a la variables de estudio (Anexo 1)

## 2.5 MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Se aplicara el sistema estadístico SPSS 19.0, para el análisis descriptivo, que se presentaran entablas de frecuencias, observaciones en número absolutos y porcentajes con análisis y discusión.

## 2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Principios éticos es la aprobada por el comité de investigación de la Universidad César Vallejo.

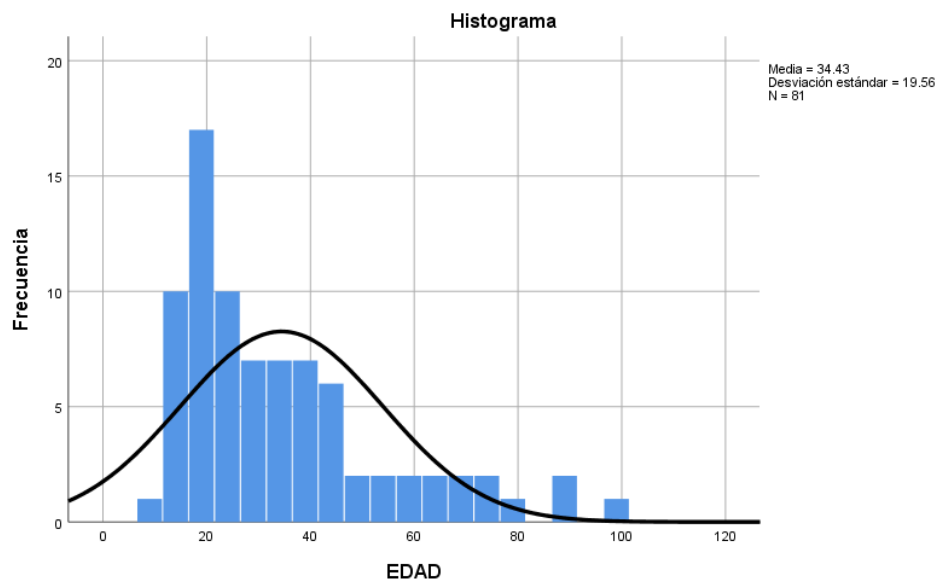
### III. RESULTADOS

Tabla N°1: Edad de los pacientes del servicio de cirugía general

Estadísticos		
EDAD N 81		
Media		34.43
Desviación		19.560
Rango		88
Mínimo		9
Máximo		97
Percentil	25	20.50
	50	29.00
	75	42.00

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°1: Edad de los pacientes del servicio de cirugía general



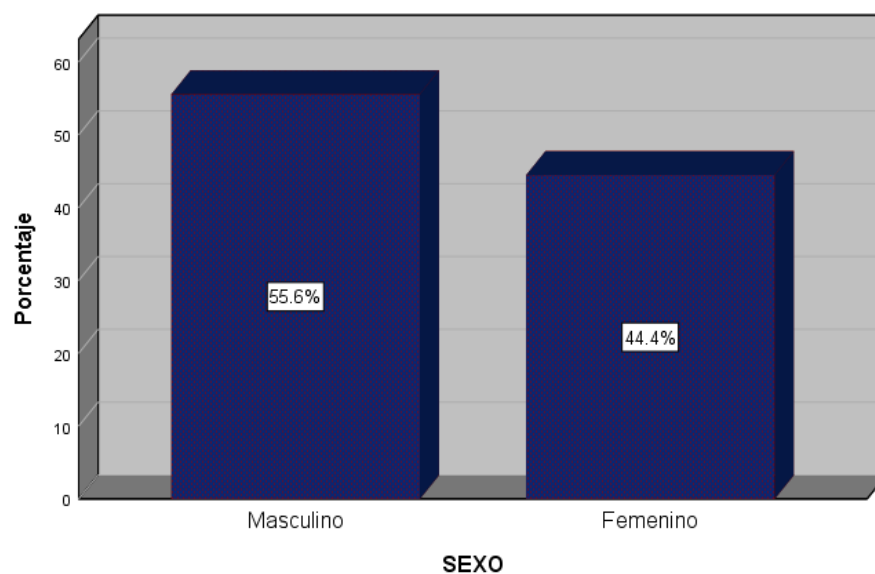
Fuente: Elaboración propia

TablaN°2: Sexo de los pacientes del servicio de cirugía general.

SEXO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL		
SEXO	MASCULINO	FEMENINO
PORCENTAJE	55.6%	44.4%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°2: Sexo de los pacientes del servicio de cirugía general.



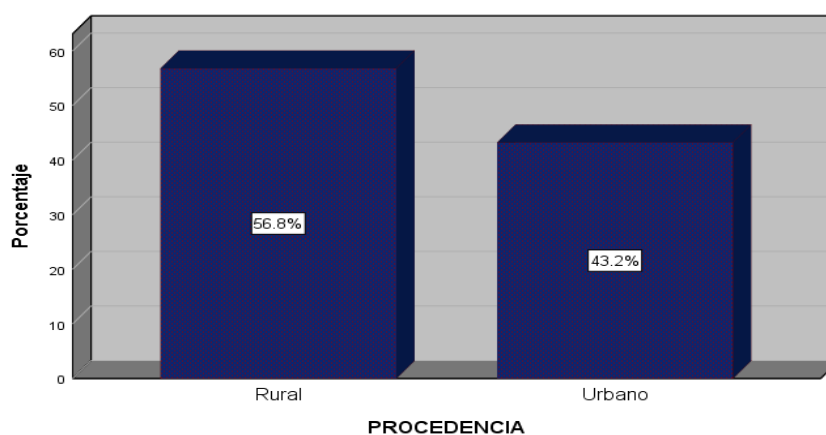
Fuente: Elaboración propia

Tabla N°3: Lugar de procedencia de los pacientes del servicio de cirugía general

LUGAR DE PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL		
PROCEDENCIA	RURAL	URBANO
PORCENTAJE	55.8%	43.2%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°3: Lugar de procedencia de los pacientes del servicio de cirugía general.



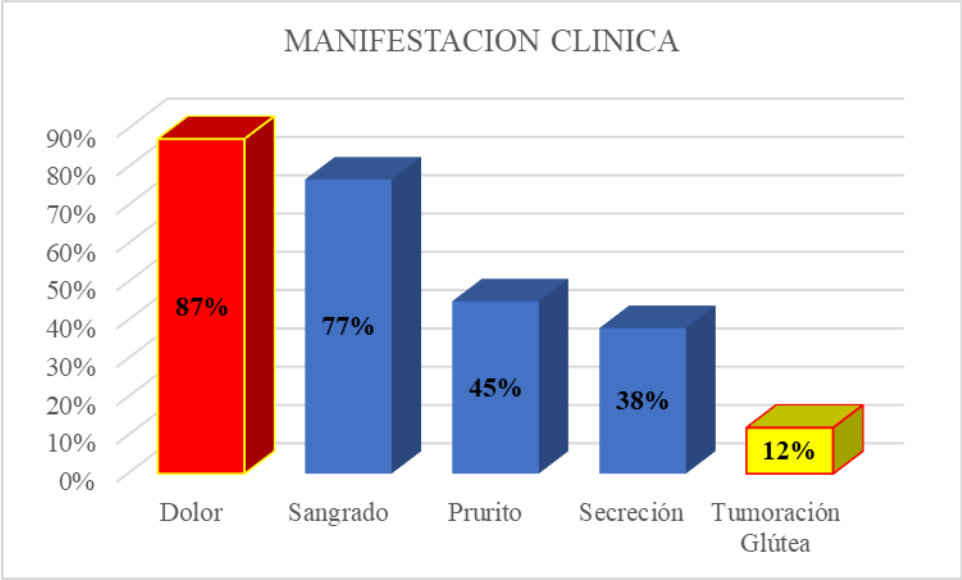
Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: Manifestación clínica de los pacientes del servicio de cirugía general

MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL					
SIGNOS Y SÍNTOMAS	DOLOR	SANGRADO	PRURITO	SECRESIÓN	TUMORACIÓN GLÚTEA
PORCENTAJE	87%	77%	45%	38%	12%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°4: Manifestación clínica de los pacientes del servicio de cirugía general



Fuente: Elaboración propia

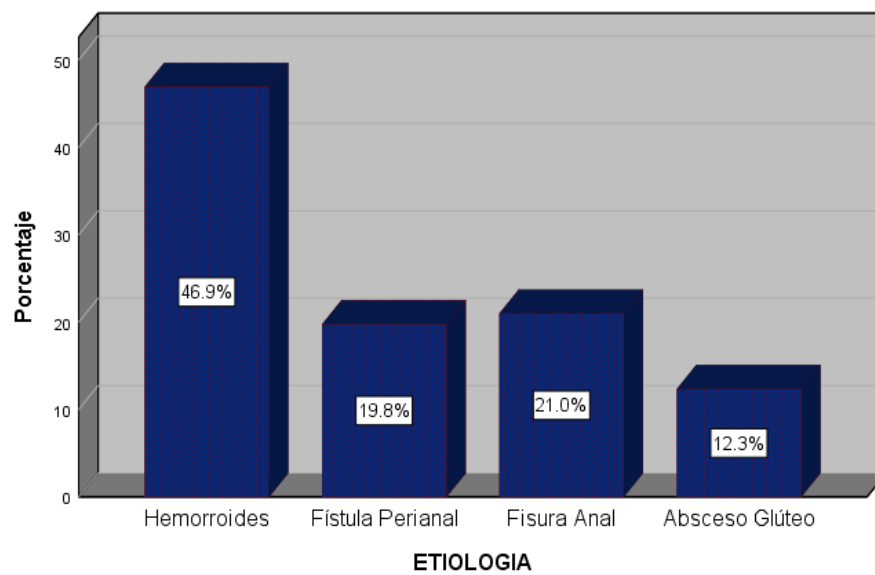


Tabla N°5: Etiología de los pacientes del servicio de cirugía general

ETIOLOGÍA DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL	
ETIOLOGÍA	PORCENTAJE
HEMORROIDES	46.9%
FÍSTULA PERIANAL	19.8%
FISURA ANAL	21.0%
ABCESO GLÚTEO	12.3%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°5: Etiología de los pacientes del servicio de cirugía general.



Fuente: Elaboración propia

#### **IV. DISCUSIÓN**

En este trabajo de investigación se observó que los pacientes con patología anorrectal atendidos del servicio de cirugía general del Hospital Santa Rosa de Piura del 2018, presentaron una edad promedio  $34.43 \pm 19.56$  años, mínima y máxima de 9 y 97 respectivamente, similar a lo encontrado en un estudio realizado por Hernández (8), con un predominio de esta patología en edades muy jóvenes en mi estudio.

Existe leve predominio del sexo masculino con 55.6%, resultado que difiere de lo encontrado realizado por Romero (7), donde el sexo femenino presento 54%, lo que se puede inferir es que se presentó por el menor tamaño de la muestra de Romero, quien solo incluye a 46 pacientes en su estudio.

Se observa que, el poblador de procedencia rural representa 56.8%, entre la bibliografía consultada no se encontró estudio que describa esta variable, sin embargo, podemos inferir que, debido a las actuales políticas de salud del Perú, se brinda una mayor atención a la población que se encuentra lejos de la urbe, aumentado de esta forma su representatividad en la población estudiada.

Dentro de las manifestaciones clínicas, el dolor tiene la mayor presentación con un 87%, seguido de sangrado 77%, prurito 45%, secreción 38% y tumoración glútea con 12%. Entre la variedad de etiologías benignas, la hemorroide representa el 46.9%, 21% fisura anal, 19.8 fistula perianal y 12.3% absceso glúteo.

## **V. CONCLUSIONES**

1. Las características sociodemográficas fueron una edad promedio  $34.43 \pm 19.56$  años, con predominio del sexo masculino y de procedencia rural.
2. El dolor y sangrado fueron las principales manifestaciones clínicas.
3. Las hemorroides y fisura anal es la etiología común en pacientes con patología anorrectal benigna.

## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Realizar un estudio para determinar los factores de riesgo para el desarrollo de patología anorrectal benigna y un seguimiento de los resultados post operatorios.
2. Fomentar el consumo de frutas y verduras como prevención en la aparición de patología anorrectal benigna.

## REFERENCIAS

1. Parés D, Abcarian H. Management of Common Benign Anorectal Disease: What All Physicians Need to Know. *Am J Med.* 2018; 131(7): 745-51.
2. Abramowitz L, Benabderrahmane M, Pospait D, Philip J, Laouénan C. The prevalence of proctological symptoms amongst patients who see general practitioners in France. *Eur J Gen Pract.* 2014; 20(4): 301-6.
3. Foxx A, Umar S, Crowell M. Common anorectal disorders. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2014; 10(5): 294-301.
4. Kreuter A. Proctology - diseases of the anal region. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016; 14(4): 352-73.
5. Bach H, Wang N, Eberhardt J. Common anorectal disorders for the intensive care physician. *J Intensive Care Med.* 2014; 29(6): 334-41.
6. Ferrer M, Espínola N, Reina A, Granero J, Fernández C, Hernández J. Análisis y descripción de la calidad de vida específica en pacientes con fístula anal. *Cirugía Española* 2018; 96(4): 213-20.
7. Romero M. Frecuencia y manejo de las principales patologías anorrectales en el Departamento de Coloproctología en el Centro Médico UCE. *UCE Ciencia. Revista de postgrado.* 2016; 4(3).
8. Hernández F, Valenzuela C, Catasús K, Lazo O, Hernández R, Bermúdez C, et al. Caracterización epidemiológica de la enfermedad hemorroidal aguda en hospitales seleccionados en Cuba (noviembre de 2011 a enero 2012). *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2014; 52(1) Ciudad de la Habana ene.-abr. 2014
9. Martínez D, Nomdedéu J, Artero R, Escrig J, Gibert J, Alcalde M, et al. Estudio prospectivo para evaluar la precisión diagnóstica en enfermedad anal benigna en atención primaria. *Atención Primaria* 2014; 41(4): 207-212.
10. Wald A, Bharucha A, Cosman B, Whitehead W. ACG clinical guideline: management of benign anorectal disorders. *Am J Gastroenterol.* 2014; 109(8): 1141-57.
11. Rakinic J, Poola V. Hemorrhoids and fistulas: new solutions to old problems. *Curr Probl Surg.* 2014; 51(3): 98-137.
12. Peery A, Sandler R, Galanko J, Bresalier R, Figueiredo J, Ahnen D, et al. Risk Factors for Hemorrhoids on Screening Colonoscopy. *PLoS One [internet].* 2015 [citado 02

- octubre 2018]; 10(9): e0139100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4583402/>.
13. Fox A, Tietze P, Ramakrishnan K. Anorectal conditions: hemorrhoids. *FP Essent.* 2014; 419: 11-9.
  14. Henderson P, Cash B. Common anorectal conditions: evaluation and treatment. *Curr Gastroenterol Rep.* 2014; 16(10): 408.
  15. Gaj F, Candeloro L, Biviano I. Manual reduction in acute haemorrhoids. *Clin Ter.* 2016; 167(2): 32-7.
  16. D'Ugo S, Stasi E, Gaspari A, Sileri P. Hemorrhoids and anal fissures in inflammatory bowel disease. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2015; 61(4): 223-33.
  17. Higuero T, Abramowitz L, Castinel A, Fathallah N, Hemery P, Laclotte C, et al. Guidelines for the treatment of hemorrhoids (short report). *J Visc Surg.* 2016; 153(3): 213-8.
  18. Cocorullo G, Tutino R, Falco N, Licari L, Orlando G, Fontana T, et al. The non-surgical management for hemorrhoidal disease. A systematic review. *G Chir.* 2017; 38(1): 5-14.
  19. Miyamoto H, Hada T, Ishiyama G, Ono Y, Watanabe H. Aluminum potassium sulfate and tannic acid sclerotherapy for Goligher Grades II and III hemorrhoids: Results from a multicenter study. *World J Hepatol.* 2016; 8(20): 844-9.
  20. Cerato M, Cerato N, Passos P, Treigue A, Damin D. Surgical treatment of hemorrhoids: a critical appraisal of the current options. *Arq Bras Cir Dig.* 2014; 27(1): 66-70.
  21. Mapel D, Schum M, Von Worley A. The epidemiology and treatment of anal fissures in a population-based cohort. *BMC Gastroenterol* 2014; 14: 129.
  22. Higuero T. Update on the management of anal fissure. *J Visc Surg.* 2015; 152(2): 37-43.
  23. Nash G. Anal fissures; first do no harm. *Br J Gen Pract.* 2014; 64(618): 16.
  24. Nelson R, Thomas K, Morgan J, Jones A. Non surgical therapy for anal fissure. *Cochrane Database Syst Rev [internet].* 2012 [citado 02 octubre 2018]; 2: CD003431. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22336789>.
  25. Wright W. Infectious Diseases Perspective of Anorectal Abscess and Fistula-in-ano Disease. *Am J Med Sci.* 2016; 351(4): 427-34.

26. Ferrer M, Espínola N, Reina Á, Granero J, Fernández C, Hernández M. Analysis and description of disease-specific quality of life in patients with anal fistula. *Cir Esp*. 2018; 96(4): 213-20.
27. Limura E, Giordano P. Modern management of anal fistula. *World J Gastroenterol*. 2015; 21(1): 12-20.
28. Amato A, Bottini C, De Nardi P, Giamundo P, Lauretta A, Realis Luc A, et al. Evaluation and management of perianal abscess and anal fistula: a consensus statement developed by the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). *Tech Coloproctol*. 2015; 19(10): 595-606.
29. Baskan O, Koplay M, Sivri M, Erol C. Our Experience with MR Imaging of Perianal Fistulas. *Pol J Radiol*. 2014; 79: 490-7.

## ANEXOS

### Anexo 1:

#### Ficha de Recolección de Datos

Ficha N° \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. N° Historia Clínica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_
2. Sexo:  
Masculino (    )                      Femenino (    )
3. Lugar de procedencia  
Rural (    )                      Urbano (    )

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

4. Tiempo de enfermedad  
 $\leq 7d$  (    )                      8 – 29 días (    )                       $\geq 30$  días (    )
5. Forma de inicio  
Brusco (    )                      Insidioso (    )
6. Síntomas  
Proctalgia (    )                      Prurito (    )                      Proctorragia (    )  
Secreción fétida (    )                      Tumoración glútea (    )                      Tumoración anal (    )
7. Etiología  
Hemorroides (    )                      Fistula perianal (    )                      Fisura anal (    )  
Absceso glúteo (    )



## Anexo 2:

### Acta de Originalidad de Turnitin

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE ORIGINALIDAD</b>	Código : F07-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	-----------------------------	---

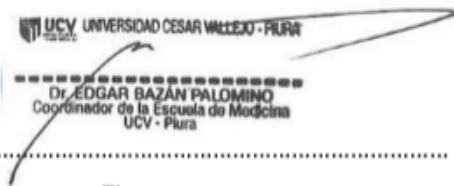
Yo,

EDGAR RICARDO BAZAN PALOMINO docente de la Facultad De Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Medicina de la Universidad César Vallejo- Piura (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

“PATOLOGIA ANORECTAL BENIGNA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, 2018” del (de la) estudiante **MENDOZA OLAYA CRISTINA ISABEL** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 23 % verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 04 de Marzo de 2020

  
UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA  
-----  
Dr. EDGAR BAZÁN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura  
-----

Firma

Dr. Edgar Ricardo Bazán Palomino

DNI N° 18890663

### Anexo 3

#### Pantallazo de software Turnitin:

The screenshot displays the Turnitin Feedback Studio interface. The main document area shows the following text:

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

AUTORA:

Br. Mendoza Olaya, Cristina Isabel(ORCID: 0000-0001-9103-7789)

ASESOR:

Dr Pereyra Abastos, Eduardo(ORCID:0000-0002-7156-5880)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades No Trasmisibles

PIURA – PERÚ

2019

On the right side, the 'Resumen de coincidencias' (Summary of matches) panel shows a 23% similarity score. Below this, a list of matches is provided:

Match Number	Source	Similarity Percentage
1	Entregado a Universidad...	4 %
2	www.elsevier.es	3 %
3	Manuel Ferrer-Márquez...	3 %
4	ucecencia.edu.do	3 %
5	Manuel Ferrer-Márquez...	1 %
6	www.redalyc.org	1 %
7	Entregado a Universidad...	1 %
8	Entregado a Universidad...	1 %
9	Entregado a Universidad...	1 %
10	repositorio.ucv.edu.pe	1 %
11	google.redalyc.org	1 %

The bottom status bar indicates 'Página: 1 de 19' and 'Número de palabras: 3019'. It also includes options for 'Text-only Report', 'High Resolution', and a search bar.



**Anexo 5:**  
**Autorización de la Versión Final de la Tesis**



**AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

MENDOZA OLAYA CRISTINA ISABEL

INFORME TITULADO:

PATOLOGÍA ANORECTAL BENIGNA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE PIURA, 2018

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

SUSTENTADO EN FECHA: 20 de Agosto de 20192

NOTA O MENCIÓN: CATORCE (14)



UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO - PIURA

Dr. EDGAR GAZÁN PALOMINO  
Coordinador de la Escuela de Medicina  
UCV - Piura

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACION